

ANALISIS PEMBIAYAAN KESEHATAN KELUARGA MISKIN DI KABUPATEN BUTON PROVINSI SULAWESI TENGGARA

HEALTH FINANCING ANALYSIS OF POOR FAMILIES AT BUTON DISTRICT, PROVINCE OF SULAWESI TENGGARA

Muliaddin¹, Ali Ghufroon Mukti², Nanis Budiningsih³

¹ Dinas Kesehatan, Kabupaten Buton, Provinsi Sulawesi Tenggara

² Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan
UGM, Yogyakarta

³ Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Health financing for poor families at Buton District is at present subsidized by central government. However, it is worrying that such subsidy is only temporary. As a consequence of local autonomy implementation regulated in Enactment No. 32, 2004, local government is obliged to develop health financing system in the area in order to be more efficient and effective. The study was meant to get an overview of need of fund and stakeholder's perception about health maintenance program for poor families.

Methods: The study was a non-experimental type which used case study design. Unit of analysis was Buton District. Subject of the study were 13 stakeholders who took part in making decision on health financing policy for poor families at Buton District. The study was conducted in two stages; i.e. preliminary stage to get secondary data to be used for calculating need of fund and follow-up stage to get primary data about stakeholder's perception through in-depth interview and questionnaires.

Results: Prediction of need for fund of health financing for poor families at Buton District in one fiscal year was about Rp2.499.749.374,00-Rp4.004.902.871,00 whereas the real amount of fund was Rp1.605.000.000,00. Shortage of fund was supported by most of stakeholders to be supplied from local government financial resources. A new policy of health financing for poor families managed by PT. Askes as much as Rp5.000,00/person a month had sufficed need of health service financing for poor families at Buton District. Health financing program with social health insurance mechanism got support from stakeholders as one of alternatives to ensure health maintenance sustainability for poor families. Stakeholders agreed that social health insurance program was needed by the community and feasible to be implemented at Buton District.

Conclusion: Health financing program with social health insurance system got support from stakeholders as one of alternatives to ensure health maintenance for poor families at Buton District. Constraints to overcome were human resource preparedness, supporting facilities and criteria determination of poor families.

Keywords: health financing, poor families, social health insurance

PENGANTAR

Pelayanan kesehatan sebagaimana dinyatakan dalam Undang-Undang (UU) No. 23/1992 tentang Kesehatan, harus memperhatikan hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Pemerintah memiliki peran dan tanggung jawab untuk mengatur sedemikian rupa, sehingga setiap penduduk memiliki kesempatan yang sama terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa memandang latar belakang agama, suku, jenis kelamin, dan tingkat sosial ekonomi. Pembiayaan kesehatan di Indonesia berjumlah sekitar 2,5% GDP atau 18 US\$ per orang per tahun. Biaya tersebut sebagian besar (70%) berasal dari

swasta dan hanya sekitar (30%) yang berasal dari pemerintah melalui APBN, APBD-1, dan APBD-2. Biaya yang berasal dari swasta tersebut sebagian besar dikeluarkan langsung dari saku masyarakat (*direct payment out of pocket*) pada waktu mereka jatuh sakit, hanya sedikit (6%-19%) yang dikeluarkan melalui mekanisme asuransi atau perusahaan.^{1,2}

Pola sistem pembiayaan *out of pocket* dapat menyebabkan tingkat kesehatan penduduk sangat rawan terhadap perubahan situasi ekonomi global maupun lokal. Tanpa adanya sistem jaminan sosial atau sedikitnya penduduk yang memiliki asuransi kesehatan pada waktu terjadi krisis, dikhawatirkan banyak penduduk yang tidak mampu lagi berobat di rumah sakit dan pusat pelayanan kesehatan lain.

Komitmen pemerintah pada kelompok rentan terutama keluarga miskin ternyata cukup kuat dalam membiayai keluarga miskin (Gakin) dengan menggunakan dana penanggulangan dampak subsidi energi (PKPS-BBM). Akan tetapi program ini hanya bersifat darurat dan sementara.³

Pelaksanaan Pasal 22h UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah yang menjelaskan bahwa dalam menyelenggarakan otonomi, pemerintah daerah mempunyai kewajiban untuk mengembangkan sistem jaminan sosial. Untuk itu, maka perlu dikembangkan sistem pembiayaan kesehatan di daerah agar pengelolaannya lebih efisien dan efektif. Salah satu alternatif sistem pembiayaan kesehatan di era otonomi daerah adalah melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial. Sistem ini diharapkan dapat menjamin efisiensi, kualitas, keterjangkauan, keberlanjutan, subsidi silang, keadilan dan pemerataan, serta portabilitas dan desentralisasi pembiayaan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.³

Kebijakan sistem pembiayaan kesehatan sangat tergantung dari cara pandang dan persepsi para *stakeholder* (para pejabat) di daerah. Hal tersebut mengingat bahwa besarnya biaya kesehatan bagi penduduk miskin dipengaruhi oleh persepsi *stakeholder*, maka perlu dilakukan penelitian tentang pembiayaan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Buton, sehingga dapat menyusun perencanaan sistem pembiayaan kesehatan di daerah agar lebih efisien dan efektif untuk menjamin pemeliharaan pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Buton.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian noneksperimental dengan rancangan studi kasus. Unit analisis dalam penelitian ini adalah Kabupaten Buton dan subjek penelitian adalah *stakeholder* yang berperan dalam pengambilan keputusan tentang kebijakan pembiayaan kesehatan keluarga miskin sebanyak 13 orang, yang terdiri dari Bupati, Wakil Bupati, Sekretaris Daerah, Kepala Bappeda, Kepala

Bidang Sosial Budaya Bappeda, Kepala Bidang Ekonomi Bappeda, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bidang dan Kepala Bagian, serta Kepala Sesi Perencanaan, Data, dan Evaluasi Program Dinas Kesehatan Kabupaten Buton.

Penelitian ini dilakukan dalam dua tahap. Pertama mengumpulkan data sekunder untuk menghitung perkiraan kebutuhan dana pembiayaan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin. Kedua mengumpulkan data primer dengan cara wawancara mendalam dan penyebaran kuesioner untuk mengetahui persepsi *stakeholder*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Dana Pembiayaan Kesehatan Keluarga Miskin

Hasil penelusuran dokumen menunjukkan bahwa jumlah penduduk miskin di Kabupaten Buton cenderung mengalami penurunan yaitu 220.462 jiwa pada tahun 2001 menjadi 218.820 jiwa tahun 2003. Data kunjungan penduduk ke puskesmas tahun 2003 menunjukkan bahwa kunjungan pasien miskin mengalami kenaikan menjadi 2,88% dibanding tahun 2002 (2,75%).⁴ Dana yang dialokasikan untuk pembiayaan kesehatan di puskesmas tahun 2003 sebesar Rp3.888.007.400,00 dengan rata-rata Rp19.145,00 per kunjungan. Biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit berdasarkan penerimaan retribusi tahun 2003 diperoleh biaya rawat jalan sebesar Rp20.322,00 per kunjungan dan biaya rawat inap sebesar Rp160.983,00 per hari dengan rata-rata hari rawat inap sebesar 3,17 hari.

Hasil penghitungan berdasarkan jumlah kunjungan riil dan rujukan penduduk miskin menunjukkan bahwa dana yang dibutuhkan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Buton dalam satu tahun anggaran berkisar antara Rp2.499.749.374,00 sampai dengan Rp4.004.902.871,00. Apabila dibandingkan dengan alokasi dana subsidi pemerintah pusat tahun 2003 sebesar Rp1.605.000.000,00, maka kekurangan dana berkisar antara Rp894.749.374,00, sampai dengan Rp2.399.902.871,00 (Tabel 1).

Tabel 1. Perkiraan Kebutuhan Dana Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin di Kabupaten Buton

No	Kebutuhan Dana	Riil Gakin (Rp)	Asumsi Tingkat Kunjungan		
			20% (Rp)	40% (Rp)	60% (Rp)
1	Puskesmas	1.449.544.530	1.744.428.226	2.030.976.955	2.322.552.854
2	Rumah Sakit	767.087.338	920.504.805	1.073.922.273	1.227.339.740
3	Transpor rujukan	283.117.506	338.729.873	394.342.240	455.010.277
	Jumlah Kebutuhan	2.499.749.374	3.003.662.904	3.499.241.468	4.004.902.871
	Dana Tersedia (tahun 2003)	1.605.000.000	1.605.000.000	1.605.000.000	1.605.000.000
	Kekurangan Dana	894.749.374	1.398.662.904	1.894.241.468	2.399.902.871

Jumlah kebutuhan dana (Tabel 1) tersebut sudah termasuk dana transportasi rujukan pasien miskin ke rumah sakit yang dihitung berdasarkan asumsi rata-rata biaya transportasi *emergency* menurut letak geografis, serta variasi jarak dan waktu tempuh yaitu berkisar antara Rp283.117.506,00 sampai dengan Rp455.010.277,00.

Dengan adanya kebijakan baru tentang penunjukkan PT. Askes (Persero) sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes RI) No. 1241/SK/XI/2004 dalam pengelolaan program jaminan kesehatan untuk penduduk miskin, diharapkan masyarakat miskin semakin memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih baik. Hal ini terutama apabila dilihat dari segi pendanaannya dengan perhitungan Rp5.000,00 setiap penduduk miskin per bulan, maka alokasi dana untuk pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin sebanyak 218.820 jiwa di Kabupaten Buton sebesar Rp109.410.000,00 per bulan atau Rp13.129.200.000,00 per tahun. Penggunaan dana tersebut sebesar Rp1.000,00 per orang per bulan di puskesmas yang dibayarkan secara kapitasi. Hal ini berarti dana untuk pembiayaan kesehatan keluarga miskin di puskesmas sebesar Rp218.820.000,00 per bulan atau Rp2.625.840.000,00 per tahun. Jika dibandingkan dengan perkiraan kebutuhan dana di puskesmas, menunjukkan bahwa dana tersebut sudah mencukupi untuk membiayai pelayanan kesehatan penduduk miskin di puskesmas sampai dengan tingkat kunjungan penduduk miskin sebesar 40% dari jumlah kunjungan penduduk miskin tahun 2003.

Selebihnya dari dana tersebut atau sebesar Rp10.503.360.000,00 digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan penduduk miskin di rumah sakit, biaya administrasi pengelolaannya oleh PT. Askes, dan biaya-biaya lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa dana tersebut sudah cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan penduduk miskin di rumah sakit sampai dengan tingkat kunjungan dan rawat inap sebesar 60% dari jumlah kunjungan pasien miskin tahun 2003. Untuk itu, dengan dana tersebut diharapkan masyarakat miskin mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik. Paling tidak masyarakat miskin akan memperoleh pelayanan kesehatan setara dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien umum baik di puskesmas maupun di rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa kendali biaya menjadi sangat penting jika jumlah kunjungan penduduk miskin dan permintaan yang dipicu oleh pemberi pelayanan kesehatan meningkat. Upaya pengendalian biaya dapat dilakukan melalui manajemen utilisasi dan

pengendalian rujukan dengan memaksimalkan fungsi puskesmas sebagai *gate keeper*.⁵

Walaupun demikian, penentuan jumlah masyarakat miskin yang akan ditanggung biaya kesehatannya dalam kebijakan pemerintah pusat tersebut, memungkinkan tidak semua masyarakat miskin dapat terjamin dengan dana yang di kelola PT. Askes (Persero). Di satu sisi, tidak tertutup kemungkinan sistem pembangunan tersebut akan berdampak pada akses masyarakat miskin secara keseluruhan terhadap pelayanan kesehatan. Di sisi lain, dengan adanya dana tersebut semua masyarakat miskin berharap akan ditanggung biaya kesehatannya, apalagi masyarakat miskin yang sebelumnya sudah memiliki "kartu sehat" dari pelaksanaan program PKPS-BBM. Untuk itu, perlu lebih berhati-hati dalam menentukan siapa yang akan dijamin atau tidak dijamin biaya kesehatannya. Apakah nantinya masyarakat miskin yang biaya kesehatannya tidak dapat dijamin dengan dana yang dikelola PT. Askes (Persero) akan ditanggulangi oleh pemerintah daerah atau bagaimana mekanismenya nanti. Hal ini memerlukan pertimbangan dan pembahasan lebih lanjut antara pihak PT. Askes (Persero) sebagai pengelola dana dan pemerintah daerah untuk mencari solusi sehingga pelaksanaannya tidak merugikan masyarakat miskin.

1. Sumber Dana dan Alternatif Program

Berdasarkan data yang diperoleh melalui kuesioner tentang persepsi *stakeholder* terhadap sumber dana dan alternatif program pembiayaan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Buton sebagian besar responden memiliki persepsi kategori cukup (46,15%), sedangkan responden dengan persepsi dalam kategori kurang (15,38%).

a. Sumber Dana Pembiayaan Kesehatan Keluarga Miskin

Dari hasil perhitungan perkiraan kebutuhan dana, tampak bahwa dana yang dialokasikan melalui subsidi pemerintah pusat untuk pembiayaan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Buton belum mencukupi. Oleh karena itu, pemerintah daerah harus tetap menjaga kecukupan dan kesinambungan dana untuk pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin, agar keluarga miskin di daerah dapat terjamin pemeliharaan kesehatannya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden (84,62%) memberikan respon positif yaitu mendukung bahwa kekurangan dana pembiayaan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Buton yang disubsidi oleh pemerintah pusat merupakan tanggung jawab pemerintah daerah untuk dialokasikan dari APBD atau

sumber-sumber dana lain di daerah sebagaimana hasil wawancara berikut ini:

"...saya rasa pemerintah daerah akan komitmen untuk mengupayakan dana untuk keluarga miskin, di sini ada beberapa sumber dana yang bisa kita upayakan misalnya: dari DAU, DAK, ada juga dari bantuan luar negeri, juga beberapa sumber lain... mengenai keluarga miskin ini saya kira ini tanggung jawab pemda, nanti kita akan upayakan supaya diporsikan dari sumber-sumber dana itu..." (R13)

Pernyataan responden tersebut merupakan wujud tanggung jawab pemerintah daerah dalam pelaksanaan otonomi daerah sesuai amanat UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah. Hasil ini sejalan dengan penelitian di Kabupaten Bantul bahwa selain berasal dari dana APBN, kekurangan dana untuk pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin dengan program Jamkesmas akan ditanggung oleh pemerintah daerah melalui dana APBD.⁶

Apabila pemerintah daerah mengandalkan APBD sebagai sumber dana pembiayaan kesehatan keluarga miskin, secara praktis tidak mempunyai sumber daya yang kuat untuk kelangsungan pembiayaannya. Untuk itu, pemerintah daerah tidak semata-mata berharap dari dana APBD akan tetapi perlu mencari sumber dana lain yang potensial baik melalui badan atau organisasi pemerhati kesehatan yaitu badan internasional seperti WHO, organisasi atau lembaga donor maupun sumber-sumber pendapatan lainnya di daerah, sebagaimana hasil wawancara berikut ini:

"...sepanjang kita komitmen bahwa kesehatan itu prioritas, ke depannya bisa kita siapkan melalui APBD tapi kita juga harus mencari sumber lain seperti WHO atau LSM pemerhati kesehatan yang penting pengelolaannya harus profesional...menurut saya banyak yang *interest* dengan kesehatan, tinggal bagaimana orang-orang kita di kesehatan juga di Bappeda sini, harus pro-aktiflah..." (R8)

Pengalokasian dana untuk pembiayaan kesehatan keluarga miskin dari APBD, perlu ada kesepakatan pemerintah daerah agar tidak mengurangi dana untuk program kesehatan lainnya. Hal ini cukup beralasan karena dana APBD diperebutkan banyak instansi di Kabupaten Buton. Selain itu kultur negosiasi dalam alokasi anggaran di daerah masih kental, sehingga dikhawatirkan dana yang dialokasikan untuk pembiayaan kesehatan keluarga miskin akan mengurangi dana untuk program kesehatan lainnya.

Potensi dana bersumber dari swasta dan masyarakat apabila dapat dimanfaatkan serta dikelola dengan baik tentunya memiliki sumber daya yang kuat untuk menjamin pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan cenderung lebih eksis terhadap kelangsungan pembiayaannya. Sumber biaya dapat digali dari pemerintah maupun masyarakat. Penggalan dapat dilakukan dengan cara mobilisasi dana kesehatan. Mobilisasi dana pemerintah daerah dapat diperoleh dari Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dana perimbangan dan bantuan. Adapun dana masyarakat dapat digali dengan penyesuaian tarif rumah sakit atau puskesmas, asuransi kesehatan dan JPKM, serta mobilisasi dana kesehatan melalui donatur kemanusiaan.³

b. Alternatif Program Pembiayaan Kesehatan Keluarga Miskin

Sebagai konsekuensi penyelenggaraan otonomi daerah sesuai amanat Pasal 22h UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah, yang menjelaskan bahwa dalam menyelenggarakan otonomi, pemerintah daerah mempunyai kewajiban untuk mengembangkan sistem jaminan sosial. Untuk itu, maka pemerintah daerah diharapkan dapat mengambil keputusan untuk mencari alternatif program pembiayaan kesehatan yang dapat melindungi penduduk miskin terhadap pemeliharaan kesehatannya.

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa alternatif program pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin di Kabupaten Buton dapat dilakukan dalam bentuk dana gotong-royong atau penerapan mekanisme asuransi, sehingga ada subsidi silang antara penduduk miskin dengan penduduk yang kaya, sebagaimana tanggapan responden berikut ini:

"...menurut saya solusinya, katakanlah masyarakat ini kita asuransikan seperti halnya kita dipegawai negeri supaya ada saling mengisi antara kelompok masyarakat yang mampu dengan yang miskin... jadi nantinya penduduk yang miskin di Kabupaten Buton ini akan dibayar oleh orang mampu..." (R9)

Berbagai variasi alternatif program pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dari hasil wawancara menunjukkan bahwa program pembiayaan kesehatan dengan mekanisme subsidi silang mendapat dukungan dari semua responden (100%). Hal ini karena lebih menjamin kesinambungan dan

pemerataan pelayanan kesehatan tanpa peduli status ekonomi atau usianya, serta memiliki fungsi redistribusi hak dan kewajiban antara berbagai kelompok masyarakat di Kabupaten Buton. Asuransi kesehatan sosial merupakan suatu pendekatan spesifik terhadap suatu rangkaian masalah sosioekonomi-budaya yang menjadi solusi dan memberi harapan yang menjanjikan dalam segi mobilisasi dana untuk menutup biaya pelayanan kesehatan bagi suatu populasi.⁷

2. Potensi Pelaksanaan dan Cara Pengelolaan Pembiayaan Kesehatan dengan Sistem Asuransi Kesehatan Sosial

Berdasarkan data yang diperoleh melalui kuesioner tentang persepsi *stakeholder* terhadap potensi pelaksanaan dan cara pengelolaan pembiayaan kesehatan dengan sistem asuransi kesehatan sosial di Kabupaten Buton menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi dalam kategori baik (46,15%), sedangkan yang memiliki persepsi kategori kurang (15,38%).

a. Potensi Pelaksanaan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pembiayaan kesehatan yang berbasis asuransi kesehatan sosial mendapat dukungan dari semua responden (100%) untuk dikembangkan di Kabupaten Buton. Pelaksanaan program tersebut diharapkan dapat membantu masyarakat mengatasi persoalan biaya pelayanan kesehatan serta dapat memberikan manfaat yang besar dalam pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tidak mampu.

Hasil penelitian di Kabupaten Hulu Sungai Utara menyatakan adanya dukungan dari kalangan pemerintah kabupaten tentang pengembangan sistem pembiayaan pelayanan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial dalam rangka otonomi daerah.⁸ Hasil wawancara menunjukkan bahwa program pembiayaan kesehatan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial sangat potensial dan dibutuhkan untuk diterapkan di Kabupaten Buton, sesuai tanggapan responden berikut ini:

”...apabila program ini kita terapkan, saya sangat setuju karena akan memberikan manfaat yang besar kepada masyarakat di Kabupaten Buton utamanya untuk masyarakat yang tidak mampu apalagi sekarang ini kan biaya kesehatan itu tambah mahal...” (R3)

Hasil penelitian di Kota Ternate menyatakan pelaksanaan JPKM mendapat dukungan dari semua responden yang terdiri dari para eksekutif dan legislatif karena dianggap mempunyai peranan penting dan menjadi salah satu kebutuhan masyarakat. Selain itu, biaya pelayanan kesehatan semakin meningkat sehingga tidak terjangkau oleh masyarakat.⁹

b. Cara Pengelolaan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden (61,54%) memberikan respon positif yaitu mendukung pelaksanaan asuransi kesehatan sosial dikelola oleh badan khusus pemerintah daerah. Hal tersebut akan memudahkan pengawasan dan secara moral lebih bertanggung jawab terhadap masyarakat dan pemerintah, serta lebih menekankan pada fungsi sosialnya, sebagaimana hasil wawancara berikut ini:

”...kalau saya badan pengelolanya lebih baik lembaga pemerintah daerah misalnya BUMD tetapi harus berdiri sendiri, badan tersendiri supaya manajemennya lebih baik dan pengelolaannya lebih profesional... memang implikasinya ke *profit* tetapi saya kira tidak masalah yang penting tidak memberatkan masyarakat...” (R10)

Hasil penelitian di Kabupaten Bantul menyatakan bahwa sebagian besar responden mengharapkan badan penyelenggaraan Jamkesmas dikelola oleh badan atau lembaga milik pemerintah dengan pertimbangan bahwa pembiayaan kesehatan keluarga miskin merupakan kewajiban dan tanggung jawab pemerintah sesuai amanat Undang-undang Dasar.⁶ Hal ini tidak sejalan dengan Kepmenkes RI No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT. Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin.¹⁰ Harapannya, penyelenggaraan pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin menjadi lebih baik dengan adanya pihak ketiga sebagai pengelola. Penggunaan dana lebih efisien dan efektif, sehingga lebih menjamin kualitas pelayanan dan kesinambungan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin. Beberapa keuntungan dengan melibatkan pihak ketiga dalam pengelolaan dana yaitu pengeluaran biaya dapat diperkirakan sehingga efisiensi biaya dapat dilakukan, serta mutu pelayanan kesehatan bisa lebih baik.

Keuntungan lain yaitu memungkinkan untuk dilakukan *utilization review*, sehingga dapat mencegah kecenderungan terjadinya *over utilization*, serta adanya *moral hazard* dari pemberi pelayanan kesehatan yang mengarah pada tidak efisiensinya penggunaan dana.¹¹

Kebijakan pemerintah untuk mewajibkan seluruh penduduk menjadi peserta dalam pelaksanaan asuransi kesehatan sosial mendapat dukungan responden (92,31%) karena lebih menjamin adanya subsidi silang yang kaya dengan yang miskin, sehingga pemerataan pelayanan kesehatan kepada seluruh penduduk dapat dicapai. Namun, pelaksanaannya perlu didukung dengan peraturan daerah dan dilakukan secara bertahap, sebagaimana hasil wawancara berikut ini:

"...kalau kepesertaannya diwajibkan kepada semua penduduk itu lebih bagus tetapi pelaksanaannya harus secara bertahap dalam hal ini perlu diatur dengan perda supaya ada kekuatan hukumnya.." (R1)

Hasil yang sama juga diperoleh dari penelitian di Kabupaten Kotawaringin Timur yang menyatakan bahwa dengan memperhatikan keadaan sumber daya alam, APBD, dan PAD, maka kepesertaan dalam JPKM diharapkan bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap. Hal ini sesuai dengan UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, yang menjelaskan bahwa kepesertaan dalam asuransi sosial bersifat wajib.^{12,13} Adanya UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah, memberikan peluang kepada pemerintah untuk merancang peraturan daerah yang mengatur tentang pelaksanaan program pembiayaan kesehatan dengan sistem asuransi kesehatan sosial di daerah dengan mengacu pada UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Namun demikian, mengingat sudah adanya peraturan baru yang ditetapkan pemerintah pusat yaitu UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Kepmenkes RI No.1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT. Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin, maka perlu pertimbangan dan pembahasan lebih lanjut tentang komitmen pemerintah daerah untuk mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan berbasis asuransi kesehatan sosial di Kabupaten Buton.

Sejalan dengan adanya peraturan baru tersebut, pemerintah daerah diharapkan tetap berperan aktif untuk membantu masyarakat

miskin terutama memberikan kontribusi dana apabila dana subsidi pemerintah pusat tidak mencukupi.

3. Hambatan Pembiayaan Kesehatan Keluarga Miskin

Untuk memutuskan arah pengembangan pembiayaan kesehatan yang dapat memberikan perlindungan terhadap kelompok masyarakat tidak mampu di Kabupaten Buton tidak lepas dari berbagai hambatan, antara lain keterbatasan dana pemerintah daerah, pendataan keluarga miskin masih kurang baik, serta kesiapan sumber daya manusia (SDM) yang akan mengelola program tersebut, sesuai hasil wawancara berikut ini:

"...sebenarnya yang menjadi hambatan keterbatasan APBD kita karena konsekuensinya premi untuk keluarga miskin yang harus ditanggulangi butuh anggaran yang cukup besar, tapi ini barangkali hanya untuk tahap awal... juga kemampuan petugas kita masih terbatas..." (R1)

"... pendataan kita untuk keluarga miskin ini belum begitu akurat karena ada perbedaan antara kesehatan, BKKBN juga statistik, kriterianya masing-masing berbeda..." (R2)

Selain itu kebijakan tentang peraturan daerah retribusi pelayanan kesehatan yang diberlakukan belum berdasarkan biaya riil, tetapi masih merupakan tarif subsidi. Menurut beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa hambatan-hambatan dalam pengembangan JPKM dapat dilihat dari dua sisi yaitu sisi penyuplai (*supply side*) termasuk badan pembina, badan penyelenggara dan PPK, serta sisi masyarakat (*demand side*).¹⁴ Hasil penelitian lain di beberapa kabupaten menyatakan bahwa masih banyak masalah di lapangan dalam pengembangan program JPKM, antara lain: jumlah dan kualitas tenaga pengelola bapel masih kurang, tenaga pemberi pelayanan kurang profesional, pemahaman JPKM yang masih kurang, serta kesadaran dan pemahaman masyarakat yang masih rendah akibat kurangnya informasi tentang JPKM.¹⁵

Untuk itu perlu dilakukan pembenahan secara internal untuk fasilitas dan sarana kesehatan, menyiapkan SDM yang menguasai, memahami dan menguasai konsep, prinsip, serta operasional sistem pembiayaan kesehatan yang berbasis asuransi kesehatan sosial. Selain itu, perlu dilakukan sosialisasi untuk memberikan pemahaman dan motivasi kepada masyarakat tentang manfaat program asuransi kesehatan utamanya kepada kelompok masyarakat potensial yakni kelompok pedagang dan masyarakat yang mempunyai penghasilan tetap.

KESIMPULAN DAN SARAN

Perkiraan kebutuhan dana untuk pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Buton berkisar antara Rp2.499.749.374,00-Rp4.004.902.871,00. Kekurangan dana pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin mendapat dukungan *stakeholder* untuk dialokasikan dari sumber dana pemerintah daerah. Adanya kebijakan baru tentang pembiayaan kesehatan keluarga miskin yang di kelola PT. Askes dengan dana Rp5000,00 per orang per bulan, maka sudah mencukupi untuk pembiayaan pelayanan kesehatan penduduk miskin di Kabupaten Buton.

Program pembiayaan kesehatan dengan mekanisme subsidi silang mendapat dukungan *stakeholder* sebagai salah satu alternatif untuk menjamin kesinambungan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin di Kabupaten Buton. *Stakeholder* memiliki persepsi yang mendukung bahwa program pembiayaan kesehatan dengan sistem asuransi kesehatan sosial dibutuhkan masyarakat dan potensial diterapkan di Kabupaten Buton.

Hambatan dalam pembiayaan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Buton yaitu kesiapan SDM dan fasilitas pendukung, keterbatasan dana pemerintah daerah, serta penentuan kriteria keluarga miskin sesuai kondisi masyarakat di Kabupaten Buton. Untuk itu, maka pemerintah daerah dan dinas kesehatan perlu melakukan pembahasan lebih lanjut tentang peran dan tanggung jawab pemerintah daerah dalam pengelolaan pembiayaan kesehatan keluarga miskin di daerah, mengingat adanya kebijakan baru yang ditetapkan oleh pemerintah pusat. Selain itu, perlu pertimbangan dan pembahasan lebih lanjut antara pihak PT. Askes dan pemerintah daerah agar dana pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin juga menjamin biaya transportasi pelayanan dan rujukan pasien miskin. Untuk itu, perlu dilakukan koordinasi dengan instansi terkait untuk penentuan kriteria keluarga miskin agar data penduduk miskin lebih akurat sesuai dengan kondisi masyarakat di Kabupaten Buton. *Review* perda retribusi pelayanan kesehatan perlu dilakukan, sehingga tarif pelayanan kesehatan yang akan diberlakukan lebih rasional.

Untuk itu, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui kemampuan dan kemauan masyarakat di Kabupaten Buton dalam pelaksanaan program pembiayaan kesehatan dengan sistem asuransi kesehatan sosial.

KEPUSTAKAAN

1. Mukti, A.G. Kemampuan dan Kemauan Membayar Premi Asuransi Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2001; 04(02):75-82.
2. Gani, A. Pembiayaan Kesehatan di Indonesia. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta. 2001.
3. Mukti, A.G. Mencari Alternatif Pembiayaan Kesehatan Berbasis Asuransi Kesehatan Sosial di Era Desentralisasi. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2003; 06(02):45-50.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Buton. Profil Kesehatan Kabupaten Buton. Bau-Bau. 2003.
5. Kisworini, F.Y., Hendrartini, J. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta PT. Askes di Puskesmas Kota Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2004; 07(01):27-33.
6. Sakti, K., Mukti, A.G., Riyarto, S. Prospek Pembiayaan Kesehatan melalui Asuransi Kesehatan Sosial di Kabupaten Bantul. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2003; 06(03):147-54.
7. Soejitno, S., Alkatiri, A., Ibrahim, E. Reformasi Perumhaskitan Indonesia (Rev.ed.). PT. Gramedia Widiasarana Indonesia. Jakarta. 2002.
8. Masrani. Analisis Peluang Pasar (Kemampuan dan Kemauan) Masyarakat dalam Kepesertaan JPKM di Kabupaten Hulu Sungai Utara. Tesis. Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan/JPKM. UGM. Yogyakarta. 2002.
9. Razak, A. Persepsi Legislatif dan Eksekutif terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Kota Ternate Provinsi Maluku Utara. Tesis, Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan/JPKM. UGM. Yogyakarta. 2003.
10. Departemen Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT. Askes dalam Pengelolaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin. Jakarta. 2004.
11. Murti, B. Dasar-dasar Asuransi Kesehatan. Kanisius. Yogyakarta. 2000.
12. Departemen Kesehatan RI. Naskah Akademik Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jakarta. 2003.

13. Muntaha, S. Analisis Kemampuan dan Kemauan Membayar Masyarakat serta Potensi Pelaksanaan JPKM di Kabupaten Kotawaringin Timur. Tesis, Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan/JPKM, UGM, Yogyakarta. 2002.
14. Mukti, A.G., Thabrany, H., Trisnantoro, L. Telaah Kritis terhadap Program JPKM di Indonesia. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2001;04(03):159-71.
15. Malik, A.R. Evaluasi Pelaksanaan Program JPKM di Indonesia: (Studi Evaluasi). Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2002;05(03):157-68.